



Ҳамидова Наргиза Қосимовна

Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГИМЕНОЛЕПИДОЗА СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА БУХАРЫ

Ҳамидова Наргиза Қосимовна

Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS HYMENOLEPIASIS AMONG CHILDREN BUKHARA

Khamidova Nargiza Kosimovna

Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: info@bdti.uz

Резюме. Тақдим этилган маълумотлар шуни кўрсатдики, болаларнинг турли ёши гуруҳларида гименолепидознинг нисбати тахминан бир хил ва $19,0 \pm 3,9$ дан $31,4 \pm 7,8\%$ гача. Шу билан бирга, 4 ёшгача бўлган болалар орасида жуда юқори кўрсаткич кўрқинчли ($19,0 \pm 3,9\%$). Гименолепидознинг аниқ клиник шакли кўрсаткичлари ҳам аниқ чегараланган эмас ва $21,5 \pm 5,1$ дан $30,8 \pm 5,7\%$ гача ўзгарган, гименолепидознинг субклиник шакли $12,3 \pm 5,5$ дан $31,4 \pm 7,8$ гача. Ички деворларнинг шиллиқ қаватида сингиб кетган паразит илгаклари, тана ҳароратининг субфебриллиги (одатда $37,5^\circ$ гача кўтарилади, камдан – кам ҳолларда $38,0^\circ$ гача кўтарилади) натижада ўртача ўткир қорин оғриғи, ўртача нормо-каби белгилар ва гипохромик анемия (қонда гемоглобин даражасининг 100г/л га камайиши ва ундан ҳам кам), жигарда ўртача ўсиш ва бошқалар кўп болаларда юқори частотада кузатилган - $65,7 \pm 8,1$ дан. $83,1 \pm 4,7\%$. Манифест шаклида эпилептик тўтилишлар, кўпинча қонда аралашган диарея, дисбиоз, аксарият болаларда қайд этилган - $67,7 \pm 8$ дан $87,7 \pm 4,1\%$ гача. Болалар орасида иммунитетнинг кенг тарқалган пасайиши, бир томондан, кўзгатувчилар томонидан антигельминт препаратларга чидамликнинг пайдо бўлишига, иккинчи томондан, гименолепидознинг клиник кўринишининг ўзгаришига ёрдам беради. Баъзи клиник белгилар сусаяди ёки бутунлай йўқолади ва уларнинг ўрнида бошқа аломатлар пайдо бўлади. Натижада, гименолепидозни ўз вақтида ва ишончли клиник диагностика қилиши ва айниқса, амалиёт шифокорлар томонидан унинг асосий шакллари дифференциация қилиши мураккаблашади. Бу борадаги бизнинг тадқиқотимиздан мақсад Бухоро шаҳрининг болалар аҳолиси орасида гименолепидознинг клиник шакллари ўрганиш эди.

Калим сўзлар: гименолепидоз, гельминтозлар, болалар, манифест, камқонлик.

Abstract. The data showed that the proportion of hymenolepiasis in different age groups of children about the same and vary from $19,0 \pm 3,9$ to $31,4 \pm 7,8\%$. In this rather alarming high rate among children aged less than 4 years ($19,0 \pm 3,9\%$). Indicators symptomatic clinical form hymenolepiasis had severe confinement and age ranged from $21,5 \pm 5,1$ to $30,8 \pm 5,7\%$, with subclinical form hymenolepiasis ranged from $12,3 \pm 5,5$ to $31,4 \pm 7,8$. Symptoms such as regular acute abdominal pain due to trauma of the mucous membrane of the intestinal wall hooks embedded parasite, subfebrile body temperature (usually marked increase to $37,5^\circ$, at least until $38,0^\circ$), moderately expressed normal and hypochromic anemia (marked reduction hemoglobin in the blood to 100 g/l or less), moderate enlargement of the liver pr., observed with high frequency in many children - up to $65,7 \pm 8,1$; $83,1 \pm 4,7\%$. In the manifest form, epileptiform convulsions, frequent diarrhea mixed with blood, and dysbacteriosis are noted, which were recorded in most children - from $67,7 \pm 8$ to $87,7 \pm 4,1\%$ of cases. The widespread decrease in the immune status among children, on the one hand, and the acquisition by pathogens of resistance to anthelmintics, on the other hand, contribute to the fact that the clinical picture of hymenolepiasis is undergoing changes. Some symptoms weaken or disappear altogether, and other symptoms appear in their place. As a result, timely and reliable clinical diagnosis of hymenolepiasis and especially the differentiation of its main forms by practitioners is complicated. In this regard, the purpose of our study was to study the clinical forms of hymenolepiasis among the child population of Bukhara.

Долзарблиги. Гименолепидоз - инсоннинг энг кенг тарқалган гельминтозларидан бири бўлиб, соғлиқни сақлаш чоралари комплексининг номукамаллиги туфайли амалий соғлиқни сақлашнинг долзарб муаммоларидан биридир. Ҳозирги вақтда унинг олдини олиш бўйича далилларга асосланган чора-тадбирлар мавжуд эмас [1, 2, 3, 9]. Гименолепидоз (контагиозли гельминтоз)нинг ўтиш механизмининг хусусиятлари уни қийин назорат қилинадиган касаллик ҳолатига келтиради. Ушбу касаллик ҳатто нисбатан қулай гигиеник шароитларда ҳам жуда кенг тарқалган. Болалар орасида иммунитетнинг кенг тарқалган пасайиши, бир томондан, кўзгатувчилар томонидан антигельминт препаратларга чидамлилигининг пайдо бўлишига, иккинчи томондан, гименолепидознинг клиник кўринишининг ўзгаришига ёрдам беради [4, 5, 6, 7, 8]. Баъзи клиник белгилар сусаяди ёки бутунлай йўқолади ва уларнинг ўрнида бошқа аломатлар пайдо бўлади. [11]. Натижада, гименолепидозни ўз вақтида ва ишончли клиник диагностика қилиш ва айниқса, амалиёт шифокорлар томонидан унинг асосий шакллари дифференциация қилиш мураккаблашади. [10]. Бу борадаги бизнинг тадқиқотимиздан мақсад Бухоро шаҳрининг болалар аҳолиси орасида гименолепидознинг клиник шакллари ўрганиш эди. [12]

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Бухоро шаҳридаги мактабгача таълим муассасаларида паразитологик кўрикдан ўтказилганда аниқланган 4-15 ёшли 65 нафар манифест ва 35 нафар гименолепидознинг субклиник шакллари билан оғриган болалар ўртасида иш олиб борилди. Узлуксиз кузатишлар ва текширувлар, болалар ва уларнинг ота-оналарини батафсил сўроқ қилиш натижасида гименолепидознинг турли хил шакллари клиник белгилари қайд этилди.

Гименолепидоз диагностикаси копроовоскопия ёрдамида амалга оширилди. Нажас гименолепидоз кўзгатувчиси – пакана гижжа

гельментининг ривожланиш циклининг ўзига хос хусусиятларидан келиб чиққан ҳолда 2-3 ҳафталик интервал билан 3 марта олинган. Бундан ташқари, янги материални текшириш керак (эрта-лабки нажас намунаси). Маълумотларнинг статистик таҳлили тадқиқот сўровларига мувофиқ тузилган Microsoft Excel электрон жадвал дастури ёрдамида амалга оширилди.

Тадқиқот натижалари ва уларни муҳокама қилиш. Болалар орасида касалликларнинг паразитар инвазиясига малакали тиббий ёрдам кўрсатиш ҳолатини ёш тақсимоли бўйича баҳолаш керак деган хулоса қабул қилинган. Биз ҳам ушбу усулдан фойдаландик ва гименолепидоз билан касалланган болаларни ёш гуруҳларига бўлдиқ (1-жадвал).

Шу билан бирга, статистик маълумотлар (амбулатория карталари) етарли даражада маълумотга эга эмас, чунки улардан болалар ўртасида гименолепидознинг ҳақиқий тарқалишини баҳолаш учун фойдаланиш мумкин эмас. Болаларни тўлиқ клиник ва паразитологик текшириш натижасида аниқланган гименолепидознинг объектив клиник белгиларининг таҳлили 2-жадвалда келтирилган.

Жадвалда келтирилган маълумотларда аниқ бир қонуният йўқ. Шундай қилиб, турли ёш гуруҳларида гименолепидознинг солиштирма оғирлиги тахминан бир хил ва $19,0 \pm 3,9$ дан $31,4 \pm 7,8\%$ гача ($C^2 = 2,50$; $p > 0,05$) ўзгариб туради. Бирок, 4 ёшгача бўлган болалар ($19,0 \pm 3,9\%$) орасида жуда юқори кўрсаткич ташвишлидир, бу эса касаллик юқишининг контакт механизми билан боғлиқ.

Гименолепидознинг манифест клиник шаклини кўрсаткичлари ҳам аниқ ёшга боғлиқ чегараланишга эга эмас ва $21,5 \pm 5,1$ дан $30,8 \pm 5,7\%$ гача ($\chi^2 = 3,36$; $p > 0,05$) ўзгариб туради. Гарчи бу шакл, болаларнинг ёши ошгани сайин, кўзгатувчиларнинг тўпланиши туфайли кўпайиши керак бўлса-да, қўшимча равишда, бу шаклда 4 ёшгача бўлган болалар орасида кўрсаткич жуда юқори ($21,5 \pm 5,1\%$).

Жадвал 1. Ўтказилган таҳлил асосида гименолепидознинг турли хил шакллари клиник белгилари оғирлиги

Ёш гуруҳлари, ёши	Гименолепидоз					
	Жами ($n = 100$)		Манифест шакли ($n = 65$)		Субклиник шакли ($n = 35$)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
< 4	19	$19,0 \pm 3,9$	14	$21,5 \pm 5,1$	5	$12,3 \pm 5,5$
4-7	26	$26,0 \pm 4,4$	18	$27,7 \pm 5,6$	8	$22,9 \pm 7,1$
8-11	24	$24,0 \pm 4,3$	13	$20,0 \pm 4,9$	11	$31,4 \pm 7,8$
12-15	31	$31,0 \pm 4,6$	20	$30,8 \pm 5,7$	11	$31,4 \pm 7,8$
Жами:	100	100,0	65	$65,0 \pm 4,7$	35	$35,0 \pm 4,7$

Жадвал 2. Гименолепидознинг турли шакллари бўлган болалар орасида объектив клиник белгиларни таҳлил қилиш

Клиник белгиси	Клиник шакллари				Фарқнинг аҳамияти	
	Манифест шакли (n = 65)		Субклиник шакли (n = 35)			
	абс.	%	абс.	%	χ^2	p
Субфебрил тана ҳарорати	53	81,5 ± 4,9	26	74,3 ± 7,5	0,53	> 0,05
Диспептик кўринишлар:						
кўнгил айниши, қусиш	10	15,4 ± 4,5	3	8,6 ± 4,8	0,93	> 0,05
Қон аралаш ич кетиши	44	67,7 ± 5,8	10	28,6 ± 7,7	14,02	< 0,01
иштаҳани йўқолиши, чанқоқлик	21	32,3 ± 5,8	22	62,9 ± 8,3	8,66	< 0,01
Астеноневротик синдром:						
астения, асабийлашиш	31	47,7 ± 6,2	6	17,1 ± 6,5	9,11	< 0,01
Бош оғриғи	27	41,5 ± 6,2	10	28,6 ± 7,7	1,64	> 0,05
бош айланиши	7	10,8 ± 3,9	19	54,3 ± 8,5	22,39	< 0,01
Аллергик кўринишлар:						
Уртикар тошмалар	23	35,4 ± 6,0	12	5,7 ± 4,0	10,68	< 0,01
вазомоторли ринит	36	55,4 ± 6,2	21	34,3 ± 8,1	4,06	< 0,05
Тери қичиши	6	9,2 ± 3,6	2	60,0 ± 8,4	29,75	< 0,01
Дисбактериоз	53	81,5 ± 4,9	3	8,6 ± 4,8	49,16	< 0,01
Бекарор нажас	12	18,5 ± 4,9	32	91,4 ± 4,8	49,16	< 0,01
Ичак шикастланиши	54	83,1 ± 4,7	29	82,9 ± 6,5	0,01	> 0,05
Ўртача қийматдаги анемия	52	80,0 ± 5,0	27	77,1 ± 7,2	0,36	> 0,05
Эпилептик шаклли тутқаноқлар	57	87,7 ± 4,1	14	40,0 ± 8,4	25,13	< 0,01
Тана вазнининг пасайиши	21	32,3 ± 5,8	29	82,9 ± 6,5	23,25	< 0,01
Қорин бўшлиғидаги сикилишлар	3	4,6 ± 2,6	33	94,3 ± 4,0	79,40	< 0,01
Жигарнинг ўртача катталаниши	47	72,3 ± 5,6	23	65,7 ± 8,1	0,74	> 0,05

Юқоридагилар $12,3 \pm 5,5$ дан $31,4 \pm 7,8$ гача ($\chi^2 = 0,36$; $p > 0,05$) ўзгариб турадиган гименолепидознинг субклиник шаклига тўлиқ тааллуқлидир. Шу ердан, гименолепидоз диагностикасида мавжуд камчиликлар ҳақиқати маълум, айниқса, унинг клиник шакллари дифференциациясида. Умуман олганда, бу ҳолатни инобатга олган ҳолда болаларга гельминтологик ёрдам кўрсатиш ҳолатини қониқарли деб баҳолаш мумкин. Бироқ, аҳолининг тиббий муассасаларга камроқ мурожаат қилиши ва уйда даволанишни афзал кўриши жиддий ташвиш туғдириши керак ва шунинг учун бу ҳолатнинг сабабларини аниқлаш лозим. Амбулатор шифокорлар маълум қиладиган бундан ҳам ёқимсиз жиҳат шундаки, гельминтоз билан оғриган болаларнинг ота-оналари томонидан мустақил равишда даволаш ҳолатларининг тез-тез учраб туради ва фақат такрорий муваффақиятсиз уринишлардан кейин тиббиёт муассасига мурожат қилашади.

Объектив клиник белгилар, субъектив белгилар каби, гименолепидозни ташхислашда жуда аҳамиятлидир. Ичак деворларининг шиллик қаватининг киритилган паразитнинг илгаклари билан травматизацияси натижасида қорин бўшлиғида мунтазам ўткир оғриқлар, субфебрил тана ҳарорати (одатда $37,5^\circ\text{C}$ гача, баъзида $38,0^\circ\text{C}$ гача кўтарилиши кузатилади) каби белгилар,

ўртача қийматли норма - ва гипохром анемия (қонда гемоглобин даражасининг 100 г/л гача ва ундан камроқ пасайиши), жигарнинг ўртача катталаниши ва бошқалар кўп болаларда юқори частотада кузатилган - $65,7 \pm 8,1$ дан $83,1 \pm 4,7\%$ гача ($\chi^2 = 3,87$; $p < 0,05$). Бундан ташқари, бу аломатлар паразитологик хизмат кўрсатадиган шифокорларда учрайди, бу эса болаларни синчковлик билан текширишда гельминтозларни ташхислаш катта қийинчиликларга боғлиқ бўлмаслиги ва нотўғри натижаларга олиб келмаслиги керак. Бундан ташқари, 2-жадвалда гименолепидоз диагностикаси билан бир қаторда унинг клиник шакллари ҳам дифференциация қилиш имкони берадиган клиник белгилар кўрсаткичлари келтирилган.

Манифест шаклда бундай белгилар эпилептик шаклдаги тутқаноқларни, қон аралаш ич кетишларни, дисбактериозни ўз ичига олади, улар кўпчилик болаларда қайд этилган - $67,7 \pm 8,8$ дан $87,7 \pm 4,1\%$ гача ҳолатларда ($\chi^2 = 7,50$; $p < 0,01$). Ушбу клиник белгиларнинг субклиник шаклда учраши анча кам ($\chi^2 = 7,16$; $p < 0,01$) ва шунинг учун уларнинг диагностик аҳамияти катта эмас - $8,6 \pm 4,8$ дан $40,0 \pm 8,4\%$ гача ($\chi^2 = 9,40$; $p < 0,01$).

Манифест шаклда сезиларли даражада учрайди қуйидаги клиник белгилар - астеноневротик синдром: умумий астения, бош оғриғи, бош айланиши - $41,5 \pm 6,2$ дан $55,4 \pm 6,2\%$ гача ($\chi^2 =$

2,49; $p > 0,05$). Бу субклиник шаклда сезиларли даражада паст бўлади ($c^2 = 0,86$; $p > 0,05$) - $17,1 \pm 6,5$ дан $34,3 \pm 8,1\%$ гача ($c^2 = 1,14$; $p > 0,05$).

Ўзига хос, диагностик аҳамиятга эга бўлган клиник белгилар гименолепидознинг субклиник шаклига ҳам хосдир. Шундай қилиб, клиник белгилар болалар орасида жуда кўп учрайди – тана вазнини пасайиши, терининг қичиши, иштаҳанинг йўқолиши, беқарор нажас - $60,0 \pm 8,4$ дан $91,4 \pm 4,8\%$ гача ($c^2 = 9,40$; $p < 0,01$). Манифест шаклдаги бу клиник белгиларнинг частотаси камроқ эди ва шунинг учун улар диагностика учун жуда кам қўлланилди ($c^2 = 7,16$; $p < 0,01$) - $9,2 \pm 3,6$ дан $32,3 \pm 5,8\%$ гача ($c^2 = 10,52$; $p < 0,01$). Субклиник шаклнинг қолган белгилари муҳокама қилинган эди, улар камроқ тарқалган. Ушбу шаклнинг энг кенг тарқалган объектив клиник белгисига алоҳида эътибор қаратиш лозим - қорин бўшлиғидаги сиқилишларга, улар бир неча кунлик интерваллар билан ўткир хуружлар ёки доимий оғриқлар бўлиб, улар $94,3 \pm 4,0\%$ болаларда учрайди.

Хулоса. Гименолепидознинг аниқланган белгилари бу касаллик қандай тизимли характерга эга эканлигини, тананинг аъзолари ва тизимларига патоген таъсир кўрсатишини аниқ далилидир. Гименолепидознинг бундай юқори даражаси ва унинг организмга патоген таъсири болаларнинг заиф иммун тизими, уларнинг танасининг ўзига хос бўлмаган химоя функцияларининг заифлиги билан боғлиқлигини тахмин қилиш қийин эмас (ва сўнгги адабиёт маълумотлари буни тасдиқлайди).

Гельминтозларни, шу жумладан гименолепидозни ўз вақтида ва тўғри ташхислашнинг аҳамияти ҳаммага маълум, чунки уни малакали даволаш қанчалик эрта амалга оширилса, шунчалик юқори терапевтик самарага эришилади. Бундан ҳам муҳими, бу инвазиянинг клиник шакллари ўз вақтида дифференциация қилиш ҳисобланади. Ҳақиқат шундаки, агар инвазиянинг субклиник шаклининг илғор босқичлари ўзига хос антигельментли дори-дармонларни тўғри танлаш билан тўлиқ даволаш мумкин бўлса, унда унинг манифест шаклининг илғор босқичларини даволаш қийин ва болалар саломатлигига жиддий зарар етказиши. Шу билан бирга, амалий шифокор-паразитологлар болаларни амбулатория шароитида ҳам, уйда ҳам текширишда нафақат гельминтознинг турини, балки унинг клиник шакллари ва дарҳол ташхис қўйиш имконини берадиган очиқ ва объектив кадастр кўрсаткичлари билан қуролланган бўлиши керак, инвазияда даволашни бошлашлари ва унинг оғир ҳолатларида болаларни ихтисослаштирилган болалар тиббиёт муассасаларига юборишлари лозим. Юқоридагиларга қўшимча қилиш керакки, паразитологларнинг амбулатор даража-

сидаги иши фаол профилактика характерига эга бўлиши керак, яъни касал болалар тиббий ёрдам сўраб ёки шифокорларни уйларига чақирганда. Бизнинг тажрибамиз шуни кўрсатадики, ҳудудий ажратилган болалар муассасаларига вақти-вақти билан ташриф буюриш турли сабабларга кўра ҳозирда тиббий ёрдамга мурожаат қилмайдиган гельминтозлар билан оғриган кўплаб болаларни аниқлаши мумкин. Ишнинг бундай шакллантирилишининг самарадорлиги 7 ёшгача бўлган болаларнинг кўпчилиги мактабгача таълим муассасаларига бориши ва 7-15 ёшдаги деярли барча болалар мактабларга бориши билан боғлиқ. Бундан ташқари, ҳудудий болалар муассасаларига ташриф буюрганда, алоқа қилиш ва кейинчалик ҳатто соғлом болаларни паразитологик текширувга олиб келишга тайёр бўлган болаларнинг ота-оналари билан тегишли санитария-маърифий ишларни қамраб олиши мумкин.

Адабиётлар:

1. Азимова Н.М. Клинико-иммунологические показатели гименолепидоза и лямблиоза у детей с интоксикацией ЦНС // Сборник тезисов 4-го съезда неврологов Узбекистана. - Ташкент, 2012. - С. 167.
2. Поляков В.Е., Лысенко А.Я., Константинова Т.Н., Авдюхина Т.И. Гименолепидозы у детей и подростков // Медицинская помощь. - 2015. - № 5. - С. 43-48.
3. Oblokulov A. R., Elmurodova A. A., Khadieva D. I., Pondina A. I. (2020) Improved methods of treatment of patients with chronic giardiasis using "Diform" // New Day in Medicine. 4(32) - pp. 560-562.
4. Хамидова Н.К. Клинико-эпидемиологическая характеристика гименолепидоза у детей // Новый день медицины. Ташкент 2020г.с.441-443.
5. Oblokulov A. R., Niyazov G. E., Oblokulov A. A., Narziev B. I. (1999) Features of the course of giardiasis in adults // Infection, immunity and pharmacology. -1999. - p. 151-156.
6. Kilincel O., Ozturk C.E., Gun E., Uzun H. A rare case of Hymenolepis diminuta infection in a small child // Mikrobi- yol Bul. - 2015 Jan. - № 49(1). - P 135-8.
7. Хамидова Н.К. Клинико-иммунологические показатели гименолепидоза с аллергическим ринитом у детей в зависимости от вида терапии // Central Asian Journal Of Medical and Natural Sciences.-11.11.2021.-P. 331-333.
8. Khamidova N.K. Clinical and Immunological Study of the Effect of Different types of Therapy on the Course of Allergic Rhinitis in Children with Hymenolepiasis. Annals of the Romanian Society for Cell Biology. -2021. - P.1900–1908.

9. Lin R.J., Chen C.Y., Lu C.M., Ma Y.H. Anthelmintic constituents from ginger (*Zingiber officinale*) against *Hymenolepis nana* // *Acta Trop.* - 2014 Dec. - № 140. - P. 50-60.

10. Mirzoeva M.R., & Khamidova N.K. (2020). Clinical and epidemiological characteristic of hymenolepidosis children // *Academicia An International Multidisciplinary Research Journal.* – 2020. – P. 169-173.

11. Аслонова М.Р. Возникновение Случаев Гиповитаминоза Из-За Гельминтозов // *Central Asian Journal Of Medical And Natural Sciences.* – 2021.- С. 46-50.

12. Khamidova N.K. Clinical and immunological study of the effect of various types of therapy on the course of allergic rhinitis in children with hymenolepiasis // *World Medicine Journal.* -2021. - № 1(1).- P. 387-391.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГИМЕНОЛЕПИДОЗА СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА БУХАРЫ

Хамидова Н.К.

Резюме. Приведенные данные показали, что удельный вес гименолепидоза в разных возрастных группах детей примерно одинаковый и варьирует от $19,0 \pm 3,9$ до $31,4 \pm 7,8$ %. При этом настораживает довольно высокий показатель среди детей в возрасте менее 4 лет ($19,0 \pm 3,9$ %). Показатели манифестной клинической формы гименолепидоза также не имели

выраженной возрастной приуроченности и варьировали от $21,5 \pm 5,1$ до $30,8 \pm 5,7$ %, при субклинической форме гименолепидоза варьировали от $12,3 \pm 5,5$ до $31,4 \pm 7,8$. Такие симптомы, как регулярные острые боли в животе в результате травматизации слизистой оболочки стенок кишечника крючьями внедренного паразита, субфебрильная температура тела (обычно отмечается повышение до $37,5^\circ$, реже до $38,0^\circ$), умеренно выраженная норма- и гипохромная анемия (отмечается снижение уровня гемоглобина в крови до 100 г/л и меньше), умеренное увеличение печени и пр., наблюдались с высокой частотой у многих детей - от $65,7 \pm 8,1$ до $83,1 \pm 4,7$ %. При манифестной форме отмечаются эпилептиформные судороги, частая диарея с примесью крови, дисбактериоз, которые были зафиксированы у большинства детей - от $67,7 \pm 8$ до $87,7 \pm 4,1$ % случаев. Повсеместное снижение иммунного статуса среди детей, с одной стороны, и приобретение возбудителями резистентности к антигельминтикам, с другой стороны, способствует тому, что клиническая картина гименолепидоза претерпевает изменения. Одни симптомы ослабевают или вовсе затухают, вместо них возникают другие симптомы. В результате этого своевременная и достоверная клиническая диагностика гименолепидоза и особенно дифференциация его основных форм со стороны практических врачей осложняется. В связи с этим целью нашего исследования явилось изучение клинических форм гименолепидоза среди детского населения г. Бухары.

Ключевые слова: гименолепидоз, гельминтозы, дети, манифест, анемия.